

FICHA MÉDICA

CANIONS ULTRAMARATON XTREME- 106 KM - 2026

NOME_____

CPF_____

PESO_____

ALTURA_____

CATEGORIA QUE IRÁ COMPETIR NA CÂNIONS:

ÚLTIMA CONSULTA MÉDICA (data)_____

FREQUÊNCIA CARDÍACA_____

GRUPO SANGUÍNEO_____

* Assinale SIM ou NÃO e complete os campos caso necessário.

SOU PORTADOR / TENHO	SIM	NÃO	SOU PORTADOR / TENHO	SIM	NÃO
DIABETES			ANSIEDADE		
ARRITIMA(alteração nos batimentos do coração).			SÍNCOPE (perda dos sentidos)		
HIPERTENSÃO			ANEMIA		
DOENÇAS CRÔNICAS			LESÃO GRAVE		
LESÃO CRÔNICA			CIRÚRGIAS		
CONVULSÕES			FEZES COM SANGUE		
CEFALÉIAS (dor de cabeça intensa)			SANGUE NA URINA		
DESMAIOS			HÉRNIAS		
DOR NO TÓRAX			PROBLEMAS MENSTRUAIS		
DOR ARTICULARES			DOR DE ESTÔMAGO		
VÔMITO COM SANGUE			EXPECTORAÇÃO COM SANGUE		

ALERGIAS () SIM: QUAIS_____ () NÃO

TOMA MEDICAMENTOS () SIM - QUAIS_____ () NÃO

PROBLEMAS DE SAÚDE () SIM - QUAIS_____ () NÃO

ÚLTIMA PROVA QUE PARTICIPOU: NOME _____

MÊS / ANO _____

QUILOMETRAGEM PERCORRIDA _____

Local/Data: _____

ASSINATURA _____

() DECLARO ESTAR CIENTE DO REGULAMENTO DA CANIONS ULTRAMARATHON XTREME 106 KM - 2026 E ESTAR EM PERFEITO ESTADO DE SAÚDE FÍSICA E MENTAL, E TER PASSADO POR AVALIAÇÃO MÉDICA RECENTE, POSSUINDO ATESTADO MÉDICO, E NÃO SER PORTADOR DE NENHUMA COMORBIDADE, DOENÇA PRÉ EXISTENTE OU ATUAL, QUE ME IMPOSSIBILITE DE PARTICIPAR DO EVENTO, ISENTANDO DE QUALQUER RESPONSABILIDADE CÍVIL E CRIMINAL, OS ORGANIZADORES, PATROCINADORES E PARCEIROS, CASO VENHA ACONTECER QUALQUER TIPO DE ACIDENTE OU SINISTRO COM A MINHA PESSOA ANTES, DURANTE E DEPOIS DO EVENTO.